

THÈSE

542

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe MARETTE

Né le 14 mars 1913, à Paris

**A propos d'un cas
de tumeur intramédullaire
du cône terminal
Aspect pseudo-poliomyélitique**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE AMÉDÉE LEGRAND

93, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 93

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe MARETTE

Né le 14 mars 1913, à Paris.

**A propos d'un cas
de tumeur intramédullaire
du cône terminal
Aspect pseudo-poliomyélitique**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE AMÉDÉE LEGRAND

93, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 93

1940

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FIESSINGER.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMETIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESOLLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAIJOUANINE	Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIAN	
MOREAU	
PIÉDELIEVRE	
SEZARY	
DUVOIR	
GASTINEL	

MM.

BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	
MOURE	
QUENU	Clinique Obstétricale.
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A FRANÇOISE, TOUT PARTICULIÈREMENT

Son inépuisable affection, sa compréhension sensible m'ont encouragé aux heures de doute.

Son cœur généreux a su réduire les distances qui nous ont quelquefois séparé pendant ces années d'études communes.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.*

A TOUS CEUX ET A TOUTES CELLES

*Dont l'amitié et l'affection m'ont aidé à
supporter les épreuves, à persévérer
dans mes études.*

A MARC SCHLUMBERGER

Auquel je dois mon orientation médicale.

A D. HUSSAMMEDIN

*L'ami silencieux et sûr aux connaissances
duquel j'ai fait largement appel
pour la rédaction de ce travail.*

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARUCK
Médecin-Chef de la Maison Nationale de Charenton

INTRODUCTION

A lire les descriptions des tumeurs médullaires telles qu'elles nous sont données dans les traités classiques, on croirait qu'il n'est rien de plus précis et, pourrait-on dire, de plus géométrique que leur symptomatologie. Nous voulons rapporter un cas où les signes furent si atypiques que le diagnostic ne fut pas porté pendant de longues années. Sans doute, a-t-il été publié de nombreuses descriptions de tumeurs médullaires pauvres en signes ; mais elles concernaient presque toutes des tumeurs, soit prises à leur extrême début, soit évoluant depuis longtemps, mais sans accroissement notable. Au contraire, dans le cas de la malade que nous avons observée dans le service du Docteur LÉCHELLE, la tumeur présentait un tel développement qu'il paraît presque incroyable que la symptomatologie fût restée si fruste.

HISTORIQUE

L'étude clinique approfondie et la chirurgie des tumeurs de la moelle ne datent guère que d'une cinquantaine d'années.

C'est, en effet, en 1887 que HORSLEY extirpant un fibro-myxome au niveau des 4° et 5° vertèbres dorsales réalisa la première intervention de ce type.

C'est également de la même époque que date toute une série de travaux cliniques importants ayant trait à la description du syndrome de compression et surtout à la localisation. Le résultat de cette étude clinique fut, on le sait, pendant longtemps, le seul moyen que l'on eut de faire pareil diagnostic, et, si ces règles cliniques qui demandent une observation d'une minutie extrême pouvaient dans certains cas donner des renseignements d'une précision merveilleuse, bien souvent, l'examen nécropsique (il n'était guère question encore d'interventions) réservait les plus grandes surprises quant à l'étendue des lésions.

Parmi les cliniciens de cette période, il faut citer surtout les noms de SHERINGTON et de HEAD et celui de DÉJERINE.

En 1903, un fait nouveau est acquis : c'est la description par FROIN du syndrome qui porte son

nom et dont l'existence est à nouveau signalée par SICARD, BARD, VILLART, et, à l'étranger, par RIND-FLEISCH, REICHMANN.

Peu de temps après, SICARD et FOIX décrivent la dissociation albumino-cytologique et montrent sa valeur diagnostique (1912).

On cherchait également à mettre à profit les ressources de radiologie pour localiser les compressions médullaires et, si la méthode de DANDY, l'injection d'air, fut peu employée, du moins en Europe, par contre, la découverte de SICARD et FORESTIER publiée en 1921, devait amener un progrès énorme. En effet, le diagnostic radio-lipiodolé permettait d'une façon simple et peu dangereuse cette précision topographique que l'on cherchait depuis plus de trente ans.

On ne saurait, non plus, passer sous silence la belle et encore récente découverte de QUECKENSTEDT, la recherche du blocage manométrique qui date de 1926.

HISTOIRE CLINIQUE

Le 11 mars 1940, la malade, Mme D..., 43 ans, venait consulter pour une gêne à la marche, avec déformation en équinisme. Ces troubles étaient bilatéraux, mais plus marqués du côté gauche ; on apprenait, d'autre part, que le début de ces signes remontait à 1934.

Le passé pathologique était pauvre en renseignements utiles ; cette femme avait toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 29 ans.

En 1926, à l'âge de 29 ans, elle fut soignée pendant dix mois pour une lésion pulmonaire étiquetée « tuberculose peu grave ». Après ce temps de repos à Arcachon, elle reprit une vie normale.

Le début des troubles qui nous intéressent dactent de 1934, la malade avait alors 37 ans. A cette période de début, il ne s'agissait que de douleurs siégeant dans les deux membres inférieurs. L'acuité de ces douleurs alla en augmentant rapidement, à tel point qu'elles empêchèrent bientôt tout sommeil.

Le jour, les douleurs étaient peu intenses, mais empêchaient néanmoins la marche.

La malade a perdu le souvenir de la topographie exacte de ces algies ; elle précise seulement qu'elles

siégeaient dans les jambes et les pieds; elle a également perdu le souvenir de quelques douleurs lombaires sans grande intensité.

Cette première phase de la maladie se termine à l'hôpital de Fontainebleau. On consulte le dossier et les radiographies pulmonaires antérieures ; on fait une réaction de Wassermann dans le sang, qui est négative, et finalement, pour soulager les douleurs, en 1935, un an après le début des troubles, on pratique une double sympathectomie péri-fémorale.

Nous n'avons pas retrouvé le dossier concernant le séjour à Fontainebleau, et ne connaissons pas le résultat de l'examen oscillométrique pratiqué avant et après cette intervention. Mais, ce qui est certain, c'est que les douleurs cessèrent dès l'opération pour ne plus jamais réapparaître. Cela semble singulier, lorsqu'on connaît la suite de l'évolution. Si les douleurs avaient disparu, la marche cependant n'en était pas moins difficile et l'on fit après l'opération sans résultat appréciable, des séries d'injections d'acétylcholine, puis des séances de radiothérapie sur la région lombaire. C'est au cours de ce traitement qu'apparurent les lésions de la peau de la région lombaire avec pigmentation et dilatation ectasiente des veines.

Ne ressentant plus aucune amélioration par les traitements qui étaient institués, la malade se résigne à mal marcher et renonce à toute thérapeutique jusqu'en mars 1940.

EXAMEN PHYSIQUE.

Lorsque l'on voit arriver la malade, on constate qu'elle marche en se déhanchant et en fauchant avec le membre inférieur gauche comme si elle traînait au bout de sa cuisse, sa jambe et son pied sans forces. Elle escamote le pas, de ce côté, et, l'appui sur son membre inférieur droit semble normal.

La malade étant couchée, on constate une grosse atrophie musculaire de la jambe et du pied gauche ; l'atrophie est globale sans prédominance sur un groupe musculaire ; elle est maxima à l'extrémité du membre et le pied est ballant et squelettique.

A droite, l'atrophie musculaire de la jambe et du pied existe, mais est beaucoup moins marquée. Le pied n'est pas ballant et il n'y a pas de déformation, sauf un gros orteil en valgus et des durillons.

L'étude de la force segmentaire montre qu'à gauche tous les mouvements de la jambe et du pied sont possibles, mais avec une force musculaire très diminuée. A droite, la force est meilleure, mais non normale.

Les réflexes :

— Les rotuliens sont également faibles à droite et à gauche.

— Les achilléens sont franchement abolis des deux côtés, il en est de même des deux réflexes médio-plantaires :

Au cours de la recherche du signe de Babinski,

on constate une flexion du gros orteil à droite et à gauche.

La recherche du réflexe médio-pubien ne donne aucune réponse.

Examen de la sensibilité :

Au tact et à la piqure, on ne note aucune erreur, aucun retard de perception sur les deux membres inférieurs ; il en est de même lors de la recherche de la sensibilité thermique ; la seule zone d'hypoesthésie se trouve dans le dos au niveau des placards de radio-dermite. Mais l'altération de la peau à ce niveau ne permet pas d'en tenir compte de façon formelle.

Insistons sur le fait que la sensibilité périnéale n'est pas troublée.

Au niveau des membres supérieurs, pas de modifications de la force ni des réflexes, pas de dysmétrie, pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles trophiques.

IL EXISTE DE TRÈS IMPORTANTS TROUBLES TROPHIQUES

— A gauche surtout, la jambe et le pied sont froids, la peau du mollet marbrée, violacée, glabre. Le pied, violacé et déformé, diminué de largeur, le gros orteil en valgus se place sous les 2° et 3° orteils.

La peau du pied est amincie, par endroits, porte des callosités sur les points d'appui.

— A droite, les troubles sont moins importants,

la peau a une couleur normale, mais elle est glabre ; la jambe et le pied sont moins froids.

Notons la fragilité des téguments qui sont constamment excoriés et portent de petites plaies très longues à guérir.

EXAMEN VASCULAIRE.

La pression artérielle est diminuée aux deux membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs, mais plus à gauche qu'à droite; les battements de la pédieuse sont perçus à droite, non à gauche.

L'indice oscillométrique est de $1/2$ à la cheville gauche, $1\ 1/2$ à la cheville droite. Au mollet et à la cuisse, les indices sont sensiblement normaux, mais toujours plus importants à droite qu'à gauche.

EXAMEN DU RACHIS.

Il existe une ensellure lombaire et une scoliose à concavité gauche. Il n'y a pas de douleur à la pression.

Le reste de l'examen clinique ne donnait aucun élément intéressant ; il n'y a pas de troubles oculaires, les pupilles réagissent à la lumière ; il n'y a pas d'atteinte des paires crâniennes ; la pression artérielle est à $14/8$; l'examen du cœur, des poumons, le toucher vaginal sont également négatifs. L'aspect des poumons, sur la radiographie, a un aspect nor-

mal et la recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats a été négative.

Muni de ces renseignements cliniques, quel diagnostic étions-nous autorisé à porter ?

Il nous a semblé tout d'abord que celui d'artérite était à éliminer d'emblée, devant l'existence de pareils signes neurologiques.

C'est plutôt vers un syndrome moteur du neurone périphérique que l'on se trouvait orienté. Une polynévrite ne semblait pas vraisemblable en raison de l'asymétrie des troubles et de l'absence de prédominance des troubles sur un groupe musculaire.

Tout, au contraire, rappelait les déformations qu'il est habituel de voir comme séquelles de poliomyélite ; c'est pour confirmer ce dernier diagnostic que nous avons fait faire un examen électrique des muscles et des nerfs des membres inférieurs dont voici le résultat : Les nerfs et les muscles du côté droit répondent à peu près normalement aux excitations des deux courants faradique et galvanique. A gauche ;

— cuisse — face antérieure.

Le couturier et le droit antérieur présentent une hypo-excitabilité aux deux courants, se contractent lentement ; les autres muscles ne répondent pas.

— cuisse — face postérieure.

Ni le grand fessier, ni les muscles de la loge postérieure ne répondent, le nerf sciatique non plus.

— jambe. — Aucune réaction des muscles, ni

pour les faces externe et interne, ni pour la face postérieure.

— pied. — Le muscle pédieux réagit un peu et lentement.

Bien que l'examen électrique semblât confirmer notre dernière hypothèse, nous ne pouvions manquer d'être troublé, non pas tant par l'absence d'épisode fébrile au début de l'affection, que par la progressivité des symptômes et c'est pourquoi nous décidâmes de faire une ponction lombaire, après avoir vérifié l'intégrité du rachis par la radiographie.

PONCTION LOMBAIRE.

Une première piqûre, entre la 12^e dorsale et la première lombaire ne donne aucun résultat. (On verra que c'était le siège même de la tumeur).

Une seconde piqûre, un espace plus bas donne un liquide xanthochromique dont un premier centimètre-cube coule en jet, le reste ne venant que goutte à goutte ; la pression mesurée à ce moment est de 8 centimètres d'eau. La compression abdominale ne donne aucun changement, l'épreuve de Stookey pratiquée pendant deux minutes fait monter la pression à 12. L'écoulement reprend, très lent et donnant un liquide toujours jaune, qui coagule rapidement. On renouvelle l'épreuve de Stookey pendant 3 minutes et la pression monte à 38, pour res-à ce chiffre alors que l'on avait cessé la compression des jugulaires. Le liquide coule toujours goutte à

goutte, et à la fin de la ponction, la pression est à 7 et est à nouveau invariable. La rachicentèse a duré 35 minutes et a donné environ 5 centimètres cubes d'un liquide dont voici la teneur :

- *Albumine* (SICARD) : 1 gr. 95.
- *Examen cytologique* : 4,2 éléments par mm³. (NAGEOTTE).
- *Réaction de Pandy* : fortement positive.
- *Réaction du benjoin colloïdal* :

0022220002220000.

En présence de pareils résultats, la compression médullaire devenait plus que probable et par tumeur beaucoup plus vraisemblablement que par atteinte rachidienne, et il fut décidé d'intervenir chirurgicalement, le diagnostic radio-lipiodolé n'étant fait que juste avant l'intervention pour plus de sécurité.

DIAGNOSTIC RADIO-LIPIODOLÉ.

L'injection de lipiodol faite par voie sous-occipitale montre un arrêt franc à concavité inférieure au niveau de la partie supérieure de la deuxième lombaire ; mais en outre, une traînée longitudinale au-dessus de l'arrêt, traînée latéralisée à gauche.

Cette image pouvait faire penser aussi bien à un double neurogliome qu'à une tumeur intra-médullaire.

La malade est opérée le lendemain par le Docteur PETIT-DUTAILLIS.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE.

Anesthésie éocale.

Laminectomie allant de la onzième dorsale à la troisième vertèbre lombaire. La dure-mère ne bat pas. On l'incise. On tombe sur une tumeur qui intéresse le cône médullaire qu'elle prolonge sur toute la hauteur du canal lombaire, à l'emplacement du filum terminale en se prolongeant sur toutes les racines antérieures à l'intérieur des trous de conjugaison, alors que les racines postérieures ne font qu'adhérer légèrement à la face postérieure de la tumeur. En haut, la lésion se perd à l'intérieur de la moelle lombaire qui, dans toute l'étendue découverte est élargie au point de combler le canal.

Une incision exploratrice faite sur le cordon postérieur droit permet de constater que la lésion affleure la surface de la moelle; mais elle n'est séparée de la substance médullaire par aucun plan de clivage.

Toute extirpation s'avère impossible ; on laisse la dure-mère ouverte pour assurer une meilleure décompression.

EVOLUTION POST-OPÉRATOIRE.

La symptomatologie a été légèrement modifiée par l'intervention : dans le sens de l'aggravation, on ne note que l'apparition de troubles sphinctériens (encore sont-ils incomplets et au bout de quelques

semaines tendent-ils à diminuer). Par contre, la force musculaire présente une notable amélioration et la marche est actuellement un peu plus aisée.

Les autres symptômes restent inchangés : il n'y a toujours aucun trouble sensitif ni subjectif ni au tact, ni à la perception du chaud et du froid.

Le décubitus nécessité par l'opération a été de courte durée aussi, l'escarre qui s'était produite dans la région sacrée n'a été que de courte durée.

Cette observation est à rapprocher de plusieurs cas semblables, sans doute, mais dans lesquels l'absence de signes pyramidaux ne fut jamais aussi complète que chez Mme D.

MM. RISER, BÉZY et BOULARAU (de Toulouse) publiaient en 1928, l'observation d'une femme qui souffrait depuis six ans de douleurs lombaires et crurales.

Certaines analogies avec notre observation sont à relever : comme chez notre malade, dans le cas de M. RISER, il y avait des troubles trophiques importants : les deux jambes étaient infiltrées d'un œdème blanc et dur qu'aucune tare viscérale n'expliquait ; il faut également noter la longue évolution et l'extension en hauteur de la tumeur, jusqu'à la 10^e vertèbre dorsale. Mais d'autre part, les dissemblances ne peuvent manquer d'être frappantes : cette malade souffrait de douleurs atroces qui nécessitaient depuis longtemps déjà l'emploi quotidien de

la morphine ; elle avait quelques troubles sphinctériens.

Toutes ces différences s'expliquent facilement par le fait que, dans ce cas, l'extension de la tumeur se fit, non seulement vers le haut, mais également vers la partie la plus élevée des racines de la queue de cheval qui était comprimée. Notons également que le signe de Babinski était facilement obtenu des deux côtés et il est signalé que ce signe fût tardif.

Comme dans notre observation, les auteurs aboutissent à la conclusion suivante : le niveau supérieur de la zone d'extension était impossible à diagnostiquer cliniquement et n'a pu être délimité exactement qu'après l'injection de lipiodol.

Il est un autre fait inhabituel au cours de l'évolution des tumeurs médullaires et qui a été noté chez notre malade, c'est l'indolence absolue de l'affection, du moins à la période où nous l'avons examinée. (On se rappelle en effet que pendant la première année de l'évolution, la malade fut gênée moins par ses troubles de la marche que par l'intensité des douleurs dans le domaine des racines sacrées.

Il est intéressant de se rapporter à l'étude qu'ont faite MM. LAPORTE et RISER à propos des tumeurs médullaires indolentes. Les auteurs arrivent à classer ces tumeurs en deux groupes :

1° On constate que certaines tumeurs, d'une mollesse et d'une plasticité extrêmes, se développent sans donner lieu à la moindre douleur pendant toute

leur évolution, mais par contre, combien de tumeurs ayant exactement la même mollesse, la même plasticité, sont pourtant aussi atrocement douloureuses que peut l'être n'importe quelle compression radiculaire.

2° Plus intéressante semble la seconde hypothèse invoquée par les auteurs et appuyée par les observations de plusieurs pièces anatomiques : celle de la cordotomie spontanée ; l'étude des dégénérescences au-dessus de la tumeur montrant au voisinage de celle-ci une dégénération du faisceau antéro-latéral sur une assez grande hauteur, réalisant suivant l'expression de SICARD « une cordotomie spontanée providentielle supprimant les douleurs ».

On peut également invoquer comme facteur d'indolence la disposition du néoplasme dans le canal rachidien : S'il est immobile et bien fixé, s'il se développe à distance des racines postérieures, ce qui est le cas chez notre malade, l'indolence est sinon de règle, du moins fréquemment constatée.

Mais nous ne pouvons nous empêcher de trouver également décevantes ces explications de l'indolence dans le cas de notre observation. Que s'est-il passé, en effet ? Une évolution en deux périodes absolument différentes, et il est curieux de noter que l'intervention qui a mis fin aux douleurs a été une sympathectomie péri-fémorale bilatérale.

Ce fait, joint à l'atteinte si marquée des vaisseaux (la malade n'a-t-elle pas été considérée pen-

dant de longues années comme porteuse d'une artérite oblitérante) invite à trouver l'explication de tout le syndrome sensitif et trophique dans une lésion du sympathique intra-médullaire, idée que nous ne pouvons livrer que comme une hypothèse étant donnée l'absence de contrôle anatomique.

De nombreuses publications de tumeurs médullaires indolentes ont été faites depuis, notamment en Amérique (observations de SHARPE, de FRAZIER et SPILLER, de R. LEE GLASS) mais la plupart d'entre elles concernent des tumeurs petites prises à leur extrême début plus souvent extra-médullaires et voisines des racines antérieures.

Néanmoins, il est intéressant de citer la conclusion de STOOKEY « la douleur est habituelle, mais l'histoire clinique entière de nombreuses tumeurs médullaires peut se passer sans aucune douleur », nous pourrions ajouter sans aucun signe pyramidal.

PRONOSTIC

Lorsque le chirurgien a pris la sâge décision de renoncer à l'extirpation d'une tumeur de la moelle, en raison de son extension ou de son adhérence, que faut-il espérer des thérapeutiques qui restent à notre disposition ?

Tout d'abord, il semblerait a priori, que la laminectomie à elle seule, en temps que facteur de décompression, dut amener une amélioration ; ce n'est malheureusement pas toujours le cas, et nous en voyons un exemple chez notre malade. Le traumatisme opératoire a fait apparaître de nouveaux symptômes et une certaine aggravation de ceux qui existaient auparavant.

La radiothérapie restait donc notre seule ressource thérapeutique, et cependant, c'est sans grand espoir que nous y avons recours. La malade n'a-t-elle pas, en effet, subi de nombreuses séances de rayons, il y a de ça plusieurs années. Sans doute était-ce dans le but d'atteindre les splanchniques et son sympathique lombaire ; mais il se trouvait que la porte d'entrée des raisons coïncidait exactement avec le siège de la tumeur et cela sans amener aucune amélioration.

On sait d'ailleurs que la sensibilité aux rayons des tumeurs intra-médullaires est en général médiocre, abstractions faites des gliomes qui sont susceptibles de quelque amélioration. Mais, quel que soit le type histologique, il arrive un moment où l'action des rayons X est complètement épuisée.

CONCLUSIONS

L'étude de ce cas nous amène à penser :

1) Qu'un symptôme du syndrome de compression médullaire peut, isolé, apparaître et persister pendant une très longue partie de la durée de l'évolution. Ce fut le cas de cette amyotrophie.

2) Qu'un signe donné comme fondamental de l'atteinte de la moelle, l'existence de troubles sphinctériens peut faire totalement défaut, et cela au cours de l'évolution d'une tumeur atteignant la région même dont la lésion provoque ces troubles. Il faut reconnaître cependant l'extrême rareté d'une pareille éventualité ;

3) Que l'existence de douleurs ayant cédé à une intervention sur le sympathique péri-fémoral, et de troubles vaso-moteurs qui firent prendre la maladie pendant de longues années pour une artéritique, témoigne, fait actuellement bien connu, de la possibilité d'une atteinte du système sympathique au cours des lésions de la moelle.

En somme, on ne saurait trop insister sur la valeur que prennent des signes tels que : amyotrophie,

troubles oscillométriques insuffisants pour expliquer les douleurs, lorsque ces phénomènes présentent une pareille ténacité.

L'évolution très longue du cas qui nous occupe permet de penser que ces troubles justifiaient largement une exploration rachidienne ; le diagnostic fait cinq ans plus tôt aurait sans doute permis d'aborder une tumeur extirpable.

Vu : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI et JARKOVSKI. — Tumeurs intra-médullaires de la région lombo-sacrée. *Revue Neurologique*, 1929.
- CATACOUSINOS. — Contribution à l'étude des tumeurs intra-médullaires. *Thèse de Paris*, 1927.
- DANDY. — Diagnostic et localisation des tumeurs intra-médullaires. *John Hopkins Hospital Bull.*, 1922, N° 33.
- ELLSBERG (Charles A.). — Tumors of spinal cord., 1925.
- GLASS (Lee). — Tumeurs médullaires sans phénomènes douloureux ni troubles de la sensibilité. *American journal of the medical sciences*, 1926, CLXI, p. 552.
- GROSZ (Karl). — Klinische und Liquordiagnostik der Rückenmark Tumoren.
- GALLY, HAGUENAU et WALLICH. — Radiothérapie des tumeurs de la moelle. *Revue Neurologique*, 1927.
- HAGUENAU. — Les compressions progressives de la moelle.
- LAPORTE, RISER et SOREL. — Les tumeurs médullaires indolentes. *Revue neurologique*, 1927, II.
- JACOBSON. — Symptomatologie des tumeurs du cône et de la queue de cheval. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1912.
- MARIE et CHATELAIN. — Syndrome de paralysie flasque avec abolition des réflexes, hyperalbuminose massive, xanthochromie, évoluant spontanément vers la guérison. *Revue Neurologique*, 1916, II.

PAUMELLÉ. — Röntgenthérapie dans 36 cas de tumeurs de la moelle. *Thèse, Paris*, 1936.

PERON. — Les compressions médullo-radiculaires inférieures. *Paris-Médical*, 1928.

RISER et BEZY. — Tumeurs de la queue de cheval et de la moelle lombo-sacrée. *Revue Neurologique*, 1928.